

рефлюксов, проходимость глубоких вен.

Основными компонентами консервативного лечения были: применение компрессионного трикотажа III степени компрессии, флеботропный препарат (микронизированная флавоноидная фракция), раневые покрытия.

Результаты и обсуждение. Средний срок лечения составил $34 \pm 6,5$ дня. У всех пациентов отмечена положительная динамика течения раневого процесса, трофические язвы эпителизировались. Период наблюдения составил 2 года, рецидива трофической язвы не было ни у одного пациента. После эпителизации трофической язвы, пациентам рекомендовали компрессионную терапию III степени компрессии и флеботонную терапию курсами.

Выводы. Комплексная терапия трофических язв на фоне варикозной болезни с применением компрессионного трикотажа III степени компрессии, флеботропных препаратов и раневых покрытий позволяет добиться стойкой ремиссии заболевания. Консервативная терапия может быть альтернативой хирургического лечения у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и при отказе пациента от оперативного лечения.

*Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М.,
Гудымович В.Г., Иванов А.К.*

РАЦИОНАЛЬНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Национальный медико-хирургический центр
им. Н.И.Пирогова,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Трофические расстройства являются наиболее частыми осложнениями течения патологии вен нижних конечностей. Формирование обширных трофических язв существенно утяжеляет не только заболевания вен, но и общее состояние пациентов. Частота их развития достигает 4-5% от числа всех пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (ХВННК) (Савельев В.С. и соавт., 2001; Шевченко Ю.Л. с соавт., 2013; Bergan J. et al., 2006), а лечение этой категории пациентов до сих пор представляет определенные трудности.

Цель. Усовершенствование комплекса лечебных мероприятий при лечении пациентов с открытой трофической язвой голени и обширным поражением мягких тканей на фоне ХВННК.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 152 пациентов, находившихся на лечении в НМХЦ им Н.И. Пирогова, с открытыми трофическими язвами голени. Площадь язв менее 6 см^2 выявлена у 30%, от 6 до 15 см^2 — у 49%, более 15 см^2 — у 19% пациентов, из них площадью более 1000 см^2 — у 3 (2%) пациентов с признаками сепсиса. Всем проводилась

комплексная клиническая, лабораторная диагностика, в т.ч. динамическое бактериологическое обследование, инструментальная оценка (УЗАС в режиме ЦДК) расстройство флебогемодинамики. Микробиологический анализ трофических язв выявил в подавляющем большинстве случаев ассоциативную аэробную микрофлору с уровнем бактериальной обсемененности 10^6 - 10^7 КОЕ в 1 г ткани (основные патогены: Staph. — 44%, Str. — 14%, Enterobacter — 22%, Pseudomonas — 6%, проч. — 14%; микробные ассоциации в 56,3% случаев). При УЗАС вертикальный вено-венозный рефлюкс выявлен у 78% пациентов, наличие горизонтального вено-венозного рефлюкса по значительно расширенным перфорантным системам — у 89% пациентов).

Результаты и обсуждение. Лечебная тактика строилась на принципе взаимосвязанных этапов лечения, конечной целью которых являлось заживление трофических язв. Первый этап лечебной тактики заключался в санации трофических язв, достижение которой в контрольной группе пациентов (74 человека) осуществлялось традиционно применяемыми топическими антисептиками, в основной группе (78 человек) посредством гидроальгинатных повязок, а также препарата «Актовегин», оказывающего комплексное воздействие, улучшая микроциркуляцию, и, таким образом, ускоряя заживление язв. После достижения удовлетворительной санации трофических язв лечебная тактика была ориентирована на устранение флебогипертензии с использованием микронизированной очищенной фракции флавоноидов (Детралекс). В ряде случаев при обширных трофических нарушениях кожи и открытых язвах производилось пластическое закрытие язвенных дефектов. Вмешательства по коррекции патологического рефлюкса выполнены у 68% пациентов (11% — короткий стриппинг БПВ, 18% — foam-form склерооблитерация и 49% — лазерная облитерация несостоятельных перфорантных вен). У остальных пациентов при наличии значимого вено-венозного рефлюкса оперативное вмешательство осуществлялось после окончательного закрытия язвенных дефектов. В основной группе пациентов очищение трофических язв от патологических раневых элементов и снижение уровня микробной контаминации ниже критического уровня происходило в более ранние сроки, в среднем, на 10 суток лечения, по сравнению с 13-15 сутками у пациентов контрольной группы. Сроки начала эпителизации язв у пациентов основной группы составили, в среднем, $11,5 \pm 1,4$ суток, тогда как в контрольной группе преобладание репаративных процессов в язвах отмечено, в среднем, на $17 \pm 3,4$ суток. У пациентов, площадь язв которых не позволяла добиться самостоятельной эпителизации в короткие сроки, нами осуществлялось пластическое закрытие трофических язв. У 3 пациентов с обширными трофическими язвами сроки лечения составили более 3 месяцев.

Выводы. Комплексное лечение пациентов с ХВННК, осложненной трофическими язвами голени, позволяет в более ранние сроки осуществить адекватную предоперационную под-

готовку с применением стимулятора микроциркуляции (Актовегин), и, что в сочетании с коррекцией нарушений флебогемодинамики, пластическим закрытием обширных язвенных дефектов, в конечном итоге, ускоряет заживление трофической язвы и сокращает сроки общей госпитализации пациентов.

**Шульц А.А., Шульц О.Г., Чаткин Д.Г.,
Телепнева М.Л., Абашева Е.В.**

ПРОБЛЕМА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Дорожная клиническая больница
на ст. Горький ОАО «РЖД»,
Центр лечения патологии
сердечно-сосудистой системы,
г. Нижний Новгород, Российская Федерация**

Актуальность. Профилактика тромботических осложнений при проведении оперативного лечения в различных областях хирургии является сложной медико-социальной проблемой. Принципы профилактики послеоперационных венозных тромбозов в текущее время сформулированы и обличены в формат клинических рекомендаций и соответствующих нормативных документов. Объем профилактических действий во многом зависит от того, какой уровень риска по развитию тромбоза глубоких вен (ТГВ) присущ тому или иному виду хирургического вмешательства.

Хирургическое лечение варикозной болезни нижних конечностей традиционно принято относить к категории низкого уровня риска ТГВ. Данные о частоте и тяжести послеоперационных венозных тромбозов после проведения флебэктомии противоречивы, а литературные данные на эту тему достаточно малочисленны. Актуальность данного вопроса обусловлена также и тем фактором, что все чаще хирургическое лечение варикозной болезни проводится в амбулаторных условиях.

Цель. Исследовать частоту встречаемости и выявить возможные причины развития ТГВ после операции флебэктомии, наметить возможные пути их профилактики.

Материал и методы. В настоящем сообщении мы приводим данные о 22 случаях послеоперационных ТГВ после проведения операции флебэктомии у 1428 пациентов в период с 2010 по 2014 годы. Частота послеоперационного ТГВ у данной категории пациентов составила 1,54%. В одном случае ТГВ осложнилось развитием тромбоэмболии системы легочной артерии.

Пациенты были оперированы по поводу варикозной болезни вен нижних конечностей. Уровень хронической венозной недостаточности находился в диапазоне от C2S до C6S (классификация CEAP). Все операции выполнялись после детализированного дооперационного дуплексного исследования с накожной маркировкой хода подкожных вен и

локализации перфорантных вен. Операции во всех случаях проводились сосудистыми хирургами, соблюдались все современные протоколы их проведения. В послеоперационном периоде все пациенты получали антикоагулянты.

Результаты и обсуждение. ТГВ в послеоперационном периоде достоверно зафиксирован у 22 пациентов. Во всех случаях тромбоз был доказан, и его топика детализирована посредством ультразвукового дуплексного исследования. При этом в 14 случаях тромбоз сопровождался малой симптоматикой или протекал бессимптомно и был заподозрен лечащим врачом во время перевязки пациента, преимущественно на основании объективных данных, лишь у 8 пациентов имели место активные жалобы и развернутая клиническая картина. 18 из 22 пациентов в послеоперационном периоде получали нефракционированный гепарин, 4 — низкомолекулярный.

Отдельного внимания заслуживает топическая картина тромбозов у данной категории пациентов. В 16 случаях имел место тромбоз икрожных и (или) камбаловидных вен, берущий начало от уровня слияния упомянутых вен с перфорантной веной; при этом в 11 случаях тромбоз распространялся от нелигированного перфоранта и связанной с ним подкожной вены, а в 5 случаях, напротив, перфорантная вена была лигирована во время операции. У 6 пациентов тромбозом был поражен задний большеберцовый венозный пучок, а распространение тромба брало начало во всех случаях от уровня нелигированной при операции перфорантной вены Коккетта. Перфорантные вены при операции не лигировались в одних случаях ошибочно, в других — осознанно. Общей закономерностью являлась тенденция к распространению тромбоза на подколенную вену, у 4 пациентов это привело к формированию флотирующих тромбов подколенной вены. Во всех случаях развития флотирующего венозного тромбоза пациенты были экстренно оперированы. У остальных лечение ТГВ проводилось консервативно.

Выводы. Описанные наблюдения позволяют очертить лишь предварительные выводы. Наблюдается взаимосвязь тромбоза мышечных и берцовых вен оперированной конечности с перфорантной веной. При этом последняя в 17 случаях оставалась нелигированной, а лишь в 5 была перевязана. В этой связи есть основание полагать, что тромботические осложнения, развивающиеся после флебэктомии, могут быть связаны не только с объемом медикаментозной антикоагулянтной защиты, но и с гемодинамическими аспектами, обусловленными топикой вовлечения вен в патологический процесс.

Одним из возможных путей снижения риска ТГВ после операции флебэктомии должны являться — более тщательная оценка значимости горизонтального рефлюкса и проведение прецизионного лигирования перфорантных вен по показаниям. С учетом возможности протекания послеоперационного ТГВ с малой симптоматикой или бессимптомно, целесообразно систематическое использование ультразвукового контроля во время проведения перевязок у пациентов после флебэктомии.

Обсуждаемая проблема, безусловно, требует дальнейшего детального исследования.